Instrumento de planeación de permanencia para personas entre 18 y 21 años

Inicial Revisión

Nombre de la persona	LA Comp. Code/LA Case No.	Fecha de la reunión de planeación de permanencia	Fecha de ingreso
Núm. de Seguro Social	Núm. de Medicaid	Fecha de nacimiento	Edad
Nombre del centro	Nombre del contacto	Clave del área y teléfono	
Nombre del padre o LAR	Dirección, ciudad, estado y código postal	Clave del área y teléfono	
El resumen se obtuvo por medio de (puede marcar más de uno):			
☐ Conversaciones con la familia o el representante legalmente autorizado (LAR)		☐ Revisión de los archivos del centro	
☐ Conversaciones con la persona		☐ Observación de la persona	
☐ Conversaciones con el personal del centro		☐ Otro método (indique):	
Completado por (dé su nombre, afiliación y correo electrónico)			Clave del área y teléfono

Sección 1. Información sobre la persona

Parte 1. Descripción de la persona: ¿quién es la persona?

A.	Describa a la persona, su personalidad, características, cualidades, qué le gusta o no le gusta, su comportamiento y reacción ante los demás, en términos no técnicos.																												
B.	Descripción de las destrezas y habilidades de la persona Nivel de discapacidad intelectual ☐ no aplica ☐ leve ☐ moderado ☐ grave ☐ profundo ☐ se desconoce Identifique todos los problemas sensoriales ☐ vista ☐ audición ☐ tacto ☐ gusto ☐ olfato Identifique la discapacidad del desarrollo de la persona: _____ ¿Para qué cosas necesita ayuda la persona? Sea específico. Actividades de la vida diaria _____ Manejo de las necesidades de servicios _____ Movilidad en la comunidad _____																												
C.	Información médica Anote los padecimientos médicos que son tratados por algún servicio de intervención profesional de atención médica y especifique el tipo y la frecuencia de la intervención. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Descripción del padecimiento: salud física</th> <th colspan="2">¿Se trata con medicamentos?</th> <th colspan="2">¿Se trata con intervención de atención médica?</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Describa el tipo y la frecuencia de la intervención</th> </tr> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción del padecimiento: salud física	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención	Sí	No	Sí	No		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐	
Descripción del padecimiento: salud física	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención																								
	Sí	No	Sí	No																									
	☐	☐	☐	☐																									
	☐	☐	☐	☐																									
	☐	☐	☐	☐																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Descripción del padecimiento: salud mental</th> <th colspan="2">¿Se trata con medicamentos?</th> <th colspan="2">¿Se trata con intervención de atención médica?</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Describa el tipo y la frecuencia de la intervención</th> </tr> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción del padecimiento: salud mental	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención	Sí	No	Sí	No		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐	
Descripción del padecimiento: salud mental	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención																								
	Sí	No	Sí	No																									
	☐	☐	☐	☐																									
	☐	☐	☐	☐																									
	☐	☐	☐	☐																									

Información adicional

Estatura	Peso	¿Usa la persona una sonda alimentaria? ☐ Sí ☐ No	¿Usa la persona un ventilador? ☐ Sí ☐ No
Alergias			
Otra información médica			

Parte 2. Relación con la familia y demás personas allegadas

Relaciones. Describa las relaciones actuales y las pasadas, su capacidad para mantener relaciones familiares y relaciones importantes en el pasado.

A. Si la persona ha estado viviendo fuera de la casa de la familia o del LAR, ¿cuál ha sido el modelo de interacción de la familia con la persona (por ejemplo, número de visitas al centro, visitas a la casa, paseos, cartas, llamadas telefónicas)? ¿Ha participado la familia o el tutor en la planeación de los servicios con el centro en el último año y ha estado disponible cuando se necesitaba para tomar decisiones médicas, etc.?

B. Identifique a las personas en la vida del joven, incluso los cuidadores, los proveedores de servicios y demás personas con quienes tenga (o haya tenido) una relación importante de afecto y apego. Describa la naturaleza, la duración y la continuidad de cada relación.

Parte 3. Historia antes de la colocación

A. Continuidad de servicios y necesidad de servicios cuando vivía con la familia biológica. Piense en lo siguiente:

¿Cuáles fueron las circunstancias de la familia o del LAR que los indujo a buscar un arreglo de vivienda para su familiar fuera de la casa de la familia o del LAR?

¿Qué tipo de ayuda o apoyo recibía la familia para cuidar a su familiar en casa y quién brindaba la ayuda? ¿Qué funcionó para la familia y qué no funcionó?

Marque todas las razones que hayan causado la colocación inicial de la persona en un centro:

☐ No había apoyo	☐ El joven es muy grande para que el padre de familia lo cuide
☐ Las necesidades médicas eran muy costosas	☐ Había problemas de comportamiento
☐ Los apoyos eran inadecuados	☐ Asuntos de otros miembros de la familia
☐ Solo había un padre de familia	☐ El centro puede satisfacer las necesidades médicas
	☐ Otra:

B. Lugares de colocación previa. Anote los lugares de colocación en orden (comenzando con el más reciente); incluya las veces que vivió en casa o bajo cuidado temporal.

Nombre del lugar de colocación	Cuándo y por cuánto tiempo	Tipo de residencia	¿Por qué se fue la persona de este lugar?

Sección 2. Metas para el futuro

Parte 1. Información sobre las opciones

Opciones de planeación:

Meta	Descripción	Tiene que escoger una meta de permanencia Indique con una marca ☒
Meta 1	Colocar a la persona en la casa de su familia o del LAR o en su propia casa con acceso a los servicios necesarios Comentarios:	☐
Meta 2	Colocar a la persona con una familia alternativa con acceso a los servicios necesarios Comentarios:	☐
Meta 3	Trasladar a la persona a otro arreglo de vivienda determinado por la persona misma y el LAR Comentarios:	☐
Meta 4	Permanecer en la residencia actual como lo determine la persona misma y el LAR Comentarios:	☐

Dé un resumen de la conversación con la persona y el LAR. Incluya:

- La información sobre las opciones de vivienda en la comunidad que se dio a la persona y al LAR;
- Las opciones de vivienda en la comunidad que la persona y el LAR visitaron y las que les interesan visitar; y
- Cualquier problema, inquietud o pregunta identificada por la persona y el LAR.

Parte 2. Apoyos necesarios para lograr las metas

¿Qué necesitará la persona para vivir en casa, en otro lugar en familia o para mudarse a otro centro?	Dé los detalles	¿Se necesita este apoyo para lograr las metas?
Modificaciones en el hogar		☐ Sí
Intervención de la conducta		☐ Sí
Cuidado de niños		☐ Sí
Intervención en crisis		☐ Sí
Equipo médico duradero		☐ Sí
Alternativa en familia		☐ Sí
Servicios de salud en casa		☐ Sí
Servicios de salud mental, orientación		☐ Sí
Supervisión durante la noche		☐ Sí
Servicios médicos continuos		☐ Sí
Ayuda personal: actividades de la vida diaria		☐ Sí
Servicios de relevo: en casa		☐ Sí
Servicios de relevo: fuera de casa		☐ Sí
Equipo especial (incluso ayudas para la adaptación)		☐ Sí
Terapias especializadas		☐ Sí
Transporte especializado		☐ Sí
Otra capacitación para el cuidador		☐ Sí
Transporte		☐ Sí
Defensor voluntario		☐ Sí

Está la persona en el proceso de inscribirse en un programa opcional de Medicaid (como el programa opcional de HCS) o llena los requisitos para recibir fondos de "el dinero va con la persona" para salir de un centro para convalecientes (como CLASS o MDCP)? Sí No
 Si contesta "Sí", indique cuál:

¿Está la persona actualmente inscrita en algún programa opcional de Medicaid (como el programa opcional de HCS, CLASS, CBA, etc.)? Sí No
 Si contesta "Sí", indique cuál:

Sección 3. Planes de acción

Planes simultáneos	Actividades	Planes de acción		
		Personal del centro, personal de la autoridad local, especialista en colocación, trabajador de casos	Familia	Planificador de permanencia
A. Mientras permanece en el centro	Promover la participación de la familia			
	Ayudar a la persona a mantenerse en contacto con la familia entre visitas			
B. Cuando la persona o el LAR esté de acuerdo con la meta de permanencia #1, aumenta la posibilidad de que la persona regrese a vivir con la familia o el LAR	Cuando los fondos estén disponibles para las ayudas necesarias			
	Mientras esté en la lista de interesados			
C. Cuando la persona o el LAR esté de acuerdo con la meta de permanencia #2, aumenta la posibilidad de que la persona viva con otra familia	Cuando los fondos estén disponibles para las ayudas necesarias			
	Mientras esté en la lista de interesados			
D. Cuando la persona o el LAR escoja la meta de permanencia #3, mudarse a otro arreglo de vivienda (por ejemplo, un centro más cercano a la familia)	Cuando los fondos estén disponibles para las ayudas necesarias			

Sección 4. Participantes

Nombre de las personas que contribuyeron a la información en este instrumento	Título o relación con la persona	Indique la manera en que participó (escriba la fecha en la que participó).				
		En persona: en una reunión de planeación	En persona: en una situación diferente a la reunión de planeación	Por teléfono	Por carta	Otro tipo de comunicación
	Padre o tutor					
	Padre o tutor					
	Planificador de permanencia					
	Proveedor (si es pertinente)					

Información sobre el padre de familia o LAR

Nombre del padre de familia	Número de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección del padre de familia (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del padre de familia		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de oficina)	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del padre de familia	Número de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección del padre de familia (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del padre de familia		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de oficina)	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de un familiar o de otro contacto	Número de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección de un familiar o de otro contacto (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del familia o contacto		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de oficina)	Ciudad	Estado	Código postal

- Acepto avisar a la autoridad local y al proveedor si la información anterior cambia.
- Entiendo que la colocación de esta persona se considera temporal y que se pondrán en contacto conmigo para que participe en las actividades de planeación de permanencia cada 6 meses y en la planeación de servicios por lo menos una vez al año.
- Estoy de acuerdo en hacer los esfuerzos razonables para participar en la vida de la persona y en la planeación de actividades para la persona.

Firma del padre de familia

Fecha

Firma del padre de familia

Fecha

**Las firmas son necesarias para el plan de permanencia inicial.
 Los padres o el LAR tienen que verificar la información durante las revisiones del plan de permanencia.**